



# RAPPORT MEDICAL

Wafa Assurance Vie

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses à chacune des questions posées, d'une façon lisible et concise et, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser la signification.

AGENT CBAO	CONTRACTANT s'il s'agit d'une assurance de groupe	MEDECIN
	CONTRAT N°.....	<b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL

**IDENTIFICATION DE L'ASSURE**

NOM ..... N. BAYE ..... PRENOM ..... Sabina .....

Date de Naissance 21 / 09 / 1969 Lieu de naissance Rikine .....

Domicile : 7019 NERNOZ .....

Situation de Famille : Marié(e)  Céliataire  Divorcé(e)

N°CNI ou Passeport : 201 190902910002 MS .....

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

## DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Assistante Sociale

Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL :  
où ? quand ? durée ? motif ? SENEGAL

Professions antérieures ? .....

2) **HABITUDES DE VIE**

Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Gymnastique, Marche

Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) .....

Boissons alcoolisées ? 0 Consommation journalière : ..... Tabac ? 0

Régime ? 0 Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ? .....

Pourquoi ? .....

Avez-vous suivi un traitement  Non  Oui Lequel ? ventoline

Pour quelle affection ? Asthme

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Non  Oui Lequel ?  
Pour quelle affection ? Asthme Date..... Durée.....

3) **PARENTS**

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
Père	<u>82</u>		<u>Asthme</u>
Mère	<u>74</u>		<u>/</u>
frères et sœurs	<u>8 sœurs / 5</u>	<u>1 DED</u>	<u>/</u>
conjoint	<u>57</u>		<u>/</u>

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? Asthme  
de suicide ? tuberculose ? de diabète ? .....

Avez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accident ?  Non  Oui Date.....  
Nature.....

Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ?  Non  Oui Date.....  
Motif médical : .....

Taux de la pension..... Servie par : .....

Pour les hommes : Avez-vous fait votre service national ?  Non  Oui  
Sinon, indiquez si vous avez été exempté, ajourné, réformé.....  
Motif : .....

4) **ETES-VOUS DEJA ASSURE OU EN TRAIN DE VOUS ASSURER ?**

en cas de décès ?  Non  Oui Montant du capital ? .....

en cas d'incapacité ?  Non  Oui Montant des indemnités journalières ? .....

en cas d'invalidité ?  Non  Oui Montant de la rente d'invalidité ? .....



## EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

**Répondez à toutes les questions avec précision - Au besoin ajoutez un feuillet**

<p><b>10) ASPECT GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge</li> <li>✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ?</li> <li>✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigre ? Obésité ?</li> </ul> <p>Mensurations :</p> <p>Variation du poids dans les dernières années ?</p> <p>Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>172</u>.....      Poids : <u>103</u>.....</p> <p>en inspiration : .....      en expiration : .....</p>									
<p><b>11) SYSTEME NERVEUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles de la parole ?</li> <li>✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements</li> <li>✓ Troubles de la marche ? Paralyse ?</li> <li>✓ Réflexes rotuliens et achilléens ?</li> <li>✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ?</li> <li>✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ?</li> <li>✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation en préciser la date et les séquelles ?</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p><b>12) ORGANES DES SENS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ?</li> <li>✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ?</li> <li>✓ Vertiges ?</li> <li>✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avant correction</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Après correction</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><u>9</u></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"><u>10</u></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p>		O.D	O.G	Avant correction			Après correction	<u>9</u>	<u>10</u>
	O.D	O.G								
Avant correction										
Après correction	<u>9</u>	<u>10</u>								
<p><b>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles fonctionnels ?</li> <li>✓ Conformation générale du thorax ?</li> <li>✓ Nombre de bronchite par an ?</li> <li>✓ Examen clinique ?</li> </ul>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p><b>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles fonctionnels ?</li> <li>✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) :</li> <li>✓ Fréquence du pouls ? Arythmie :</li> <li>✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ?</li> <li>✓ Etat du système veineux ?</li> <li>✓ Œdème des jambes ?</li> </ul>	<p>Pouls : <u>77</u></p>									
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>16</u>      Minima : <u>09</u></p>									

**IMPORTANT**

AVANT DE SIGNER CE RAPPORT ASSUREZ-VOUS AVOIR DONNE, POUR LES AFFECTIONS ET ACCIDENTS DECLARES, DES RENSEIGNEMENTS PRECIS SUR L'HISTORIQUE, LES SOINS ET L'ETAT ACTUEL DE FAÇON A CE QUE LE RAPPORT SOIT EXPLOITABLE.





7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <i>Athénie - grippe -</i> Pourquoi ?
8.	A la suite de ces consultations vous-a-t-on prescrit un traitement médical, un régime, un examen tel que radio, analyse, autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ?
9.	Avez-vous effectué une cure ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Parties du corps atteintes ? Séquelles ?
11.	Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le taux est supérieur à 20 % ? (si oui, joindre les justificatifs).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taux : Motif ? Dates ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>Gymnastique - Marche</i>
	b) Utilisez-vous des engins aériens privés ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ?
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée :
13.	<b>Pour les hommes :</b> avez-vous été réformé pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	<b>Pour les femmes :</b> - Êtes-vous enceinte ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	De combien de mois ? :
	- Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ? : <i>Oui lors de la césarienne en 201</i>
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Résultats : Date :
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ?
	- Si oui, ont-elles été :			
	- Acceptées avec surprimes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Acceptées avec exclusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Ajournées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Refusées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**N.B :** Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé .

Je soussignée (e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à *Paris* le  
Le *20 Mai 2022*

Signature de l'adhérent assuré  
Précédée de la mention "lu et approuvé"

*lu et approuvé*  
*[Signature]*



Conformément à l'Article L 113-8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.



Bonjour,

Merci demander au client de se présenter chez un de nos médecins conventionnés pour les formalités médicales.

N'oubliez pas de préciser le montant total garanti **24 676 614 F CFA** cumul des capitaux sur la convocation a des formalités médicales,

Comptant sur votre diligence habituelle et votre collaboration,

Cordialement,